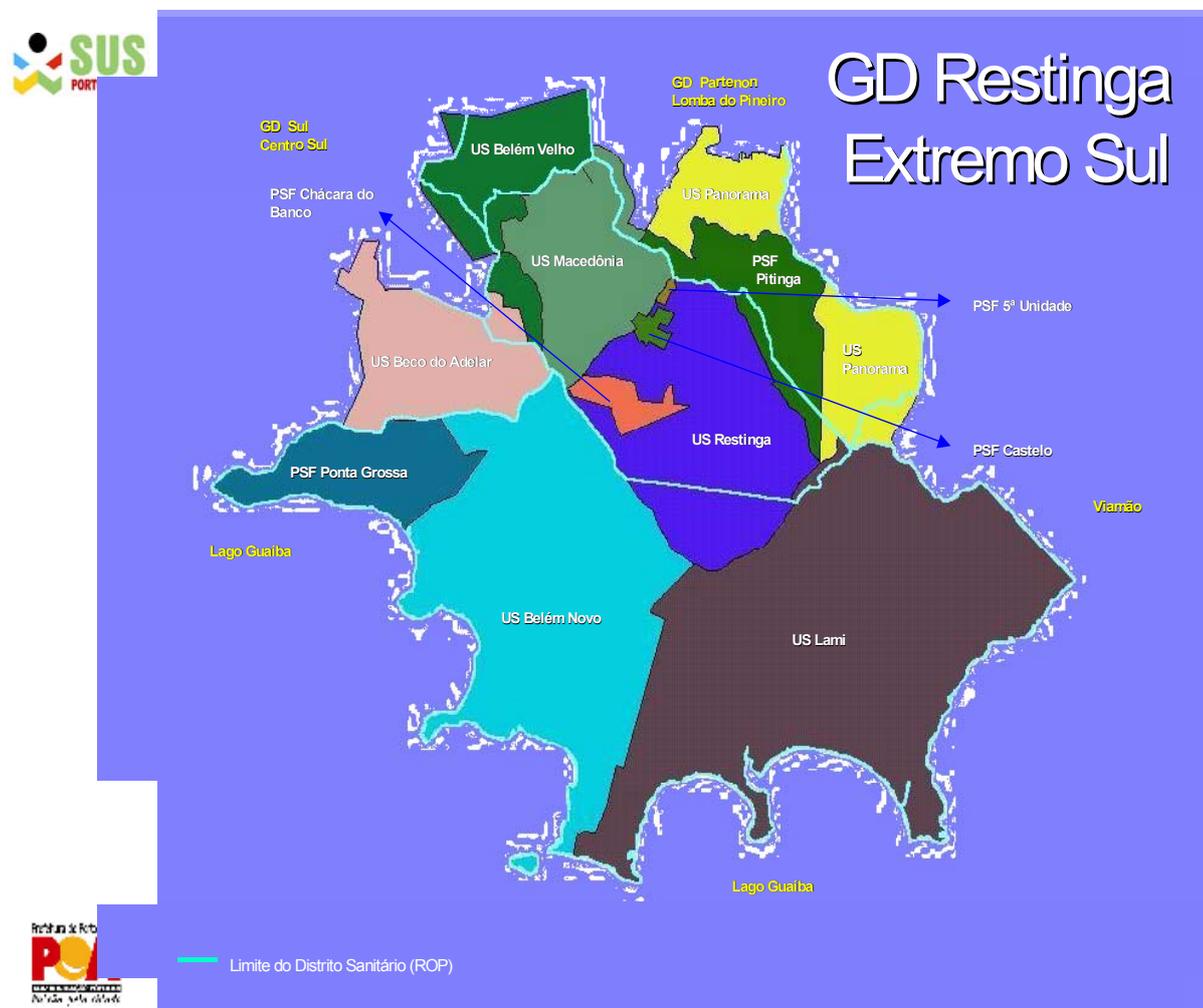
10. APÉNDICES

Apéndice 1. Mapas de los distritos sanitarios y respectivas áreas de actuación de las unidades de salud de los Distritos *Sul* y *Centro-Sul* de la región Sur de Porto Alegre.

GD Sul
Centro SUL

CS Vila dos Comerciários
GD Glória Cruzeiro Cristal
US Glória
US Estrada dos Alpes
PSF Santa Anita
US Jardim das Palmeiras
PSF Alto Erechim
PSF São Vicente Mártir
US Nonoai
GD Partenon Lomba do Pineiro
US 1º de Maio
US Tristeza
US Camaquã
US Calabria
US Monte Cristo
US Belém Velho
PSF Cidade de Deus
US Ipanema
PSF Campos do Cristal
US Campo Novo
Lago Guaíba
US Guarujá
US Beco do Adelar
PSF Morro dos Sargentos
GD Restinga Extremo Sul

Limite do Distrito Sanitário (ROP)

Apéndice 2. Mapas de los distritos sanitarios y respectivas áreas de actuación de las unidades de salud de los Distritos *Restinga* y *Extremo-Sul* de la región Sur de Porto Alegre.

Apéndice 3. Herramientas utilizadas: PCATool, término de consentimiento, encuesta sobre estado de salud y satisfacción.

CHILD

PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL – EXPANDED VERSION

(Questionário para o usuário/cliente – versão final)

Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na Infância

- Versão Expandida -

Primary Care Policy Center
Johns Hopkins University
School of Hygiene and Public Health

Desenvolvido por
Barbara Starfield, MD, MPH

Versão em português por Harzheim et al
Doutorando do Programa de Doutorado en Salud Pública da Universidad de Alicante

***Nota: este instrumento foi adaptado para ser aplicado via entrevistador.*

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

Nome do entrevistador: ____
Número do caso: ____
____

Hora do início da entrevista: |__|__|:|__|__|
Hora do final da entrevista: |__|__|:|__|__|
Data da aplicação do questionário: ___/___/_________

INTRODUÇÃO

(Objetivo do questionário)
ENTREVISTADOR: Olá, meu nome é___________________. Nós somos estudantes universitários da área da saúde e estamos fazendo uma pesquisa em sua vizinhança para saber o que você pensa sobre o atendimento de saúde que suas crianças recebem. Queremos saber sobre a sua experiência quando você leva sua criança para ser atendida em um serviço de saúde. Nós NÃO fazemos parte de nenhum serviço de saúde. Todas as suas respostas serão mantidas em segredo. Nós queremos ouvir suas opiniões, não importando se falam bem ou mal do serviço de saúde.

Para o PSF, o quest. começa aqui.

(ATENÇÃO!! Entrevistador: para os "vazios" inicie o quest. pela pergunta I1. Para as áreas com PSF, você já terá o nome e endereço da criança. Pergunte:)

A criança___________(nome) vive nesta casa ? E ela vive nesta comunidade desde que nasceu? 1) Sim 2) Não

(Se Sim, anote o nome, idade e data de nascimento da criança junto ao item I2 e comece o questionário à partir da pergunta I3.

Se Não, termine o questionário dizendo: Obrigado por sua atenção, desculpe por qualquer inconveniente. Adeus.

I1. Você tem alguma criança de 0 a 02 anos que viva nesta casa? ____

1) Sim **(Continue.)**

2) Não **(Finalize a entrevista dizendo: Obrigado por sua atenção, desculpe por qualquer inconveniente. Adeus.)**

QUESTÕES DE RASTREAMENTO

I2. Para poupar tempo, falaremos apenas de uma das crianças. Você pode, por favor, dizer-me os nomes e as datas de nascimento de todas as crianças de 0 a 2 anos? *(O entrevistador selecionará a criança com data de aniversário anterior e mais próxima da data de entrevista.)*

Primeiro nome da criança selecionada ____
____
____
Idade _________________Data de nascimento:____/____/________

I3. Você é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde do (a)________________ **(nome da criança)**? 1) Sim 2) Não

(Se SIM, passe para a pergunta I4.)

(Se NÃO, pergunte:) Quem seria a pessoa mais apropriada para falar ?

Anote o nome da pessoa: ____
____
____

A(O)__________________ (nome da pessoa) está disponível para falar comigo agora?

(Se a pessoa está disponível, peça o favor de chamá-la e passe para a pergunta I3.)

(Se a pessoa não está disponível, pergunte:)

Quando seria um bom momento para fazer uma nova visita? Por acaso, tu poderias me dizer seu telefone?

(Anote a resposta ____ ______, anote o telefone__________________ e diga:)

Obrigado por tua atenção, eu voltarei a fazer uma visita neste dia e horário, confirmando antes por telefone.

I4. Este momento é apropriado para conversarmos? ____

1) Sim **(Vá para o consentimento.)** 2) Não **(Pergunte a questão abaixo.)**

Quando seria um bom momento para fazer uma nova visita?

Anote a resposta ____ e diga: Obrigado por tua atenção; voltarei a visitá-la(o) no momento combinado.

CONTEÚDO SUGERIDO PARA O CONSENTIMENTO

O respondente indica que está interessado na pesquisa.

ENTREVISTADOR: Deixe-me contar-lhe um pouco mais sobre esta pesquisa. O seu objetivo é conversar diretamente com os pais e cuidadores das crianças sobre suas experiências, boas ou ruins, na busca de atendimento de saúde para suas crianças. As entrevistas com as famílias irão ajudar-nos a conhecer que serviços necessitam melhorar.

Pais, avós e cuidadores das crianças que têm menos de 02 anos estão sendo convidados para participar. Você será entrevistado por mim e a entrevista durará mais ou menos 30 minutos.

Não existem vantagens diretas para você ao responder as questões, mas os resultados deste estudo são muito importantes para melhorar o atendimento à saúde das crianças de sua comunidade.

A entrevista exigirá um pouco do seu tempo. Além disso, algumas pessoas podem pensar que a entrevista é uma invasão de privacidade. Mas, as suas respostas serão mantidas em segredo.

Seu nome completo não faz parte das informações obtidas, assim suas respostas não poderão ser identificadas. As respostas dadas por vocês são confidenciais, somente a equipe do estudo terá acesso a elas.

Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você tem o direito de pular algumas questões ou parar a entrevista a qualquer momento. Qualquer que seja sua decisão, esta não irá mudar o atendimento à saúde que você recebe. Você concorda em participar?

1) SIM, então por favor assine aqui:

____

Porto Alegre, ____de ____________de 2002.

Declaro que este consentimento foi lido para______________________________(nome do entrevistado) em ___/___/___(data), pelo___________________________________(nome do entrevistador), enquanto eu estava presente.

_________________________________ _______________________

Assinatura da testemunha Nome

2) Não **(Finalizar a entrevista dizendo: Obrigado por sua atenção. Desculpe-me por qualquer inconveniente. Adeus.)**

I5. Qual é seu parentesco com o(a)__________________**(nome da criança)**? **(Não leia as alternativas)** _____

1) Mãe
2) Pai
3) Madrasta
4) Padrasto

5) Tio/a
6) Avô/ó
7) Irmão/ã
8) Outro parentesco
9) Guardião legal
10) Amigo
11) Outro (Especificar.) ____

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você COSTUMA levar o(a)____________**(nome da criança)** quando ele(a) está doente ou quando necessita algum conselho sobre a saúde dele(a)? _____
   a) Não
   b) Sim .Por favor diga o nome e o endereço (localização).
   Nome do médico ou lugar: ____
   Endereço: ____

2. Existe um serviço de saúde onde CONHECEM BASTANTE BEM a sua criança? **(Não leia as alternativas.)** _____
   a) Não
   b) Sim, o mesmo lugar acima
   c) Sim, lugar diferente. Por favor dê o nome e o endereço.
   Nome do médico ou lugar: ____
   Endereço: ____

3. Existe um médico/enfermeira que você CONSIDERA O PROFISSIONAL MAIS RESPONSÁVEL pelo atendimento de sua criança? **(Não leia as alternativas.)** _____
   a) Não
   b) Sim, o mesmo que #1 & #2 acima
   c) Sim, o mesmo que #1 somente
   d) Sim, o mesmo que #2 somente
   e) Sim, diferente de #1 & #2. Por favor dê o nome e o endereço.
   Nome do médico ou lugar: ____
   Endereço: ____

(Para o entrevistador:

IDENTIFICAÇÃO DE (MÉDICO/ENFERMEIRA) OU SERVIÇO DE SAÚDE A SER PESQUISADO.

a) Se os três lugares referem-se ao mesmo, por favor pergunte todo o restante do questionário sobre este médico ou lugar. **(Vá para a questão 4.)**

b) Se quaisquer destes dois lugares referem-se ao mesmo, por favor, pergunte todo o restante do questionário sobre este médico ou lugar**. (Vá para a questão 4.)**

c) Se todos os três lugares são diferentes, pergunte todo o restante do questionário sobre o médico ou lugar da pergunta 1. **(Vá para a questão 4.)**

d) Se a pessoa respondeu NÃO para duas questões, pergunte todo o restante do questionário sobre o médico ou lugar da pergunta que obteve resposta SIM. **(Vá para a quetão 4.)**

e) Se a pessoa respondeu NÃO para todas as três questões, por favor, pergunte: Qual é o o nome do último

médico ou lugar onde você levou sua criança?

Nome: ____

Endereço: ____

Pergunte todo o restante do questionário sobre este último lugar visitado.

Após a identificação deste serviço de saúde/médico/enfermeira, pergunte todo o restante do questionário sobre ele, substituindo "médico/enfermeira" ou "nome do local" pelo nome do identificado.

4. **(Para o ENTREVISTADOR: conforme as respostas das perguntas 1,2 e 3 defina que tipo de serviço de saúde é este identificado? Se necessário, faça mais perguntas para identificá-lo)**

   1) A emergência de um hospital
   2) O ambulatório de um hospital
   3) O consultório específico de um médico fora do hospital
   4) O consultório específico de um médico dentro do hospital
   5) Uma clínica privada
   6) Um posto de saúde da comunidade
   7) A clínica de uma escola
   8) Outro tipo de local (Especificar.) ____
   9) Não sei

Todas as perguntas seguintes serão sobre ____________(nome do local, médico/enfermeira ou serviço de saúde identificado).

5. Então para deixar claro, quando sua criança precisa consultar você procura: ___

   1) um LOCAL definido
   2) um MÉDICO definido
   3) uma ENFERMEIRA definida
   4) Nenhuma destas **(ENTREVISTADOR: nas perguntas seguintes, onde existe "(médico/enfermeira)" utilize sempre a opção referida nesta pergunta pelo entrevistado)**.

6. O seu (médico/enfermeira) atende (**ler as alternativas**): ___

   1) Somente crianças 2) Crianças e adultos 9) Não sei / Não me lembro

7. O seu (médico/enfermeira) atende principalmente crianças com (**ler as alternativas)** ___

   1) Somente certos tipos de problemas 2) A maioria dos tipos de problemas
   9) Não sei / Não me lembro

8. Quantas vezes no total sua criança já esteve no(a) _____________(nome do local)?__________ número de vezes

   (Caso a pessoa não responda espontaneamente, indique as alternativas abaixo:)

   1) menos de 5 vezes
   2) 5 a 10 vezes
   3) 11 a 15 vezes
   4) 16 a 20 vezes
   5) mais de 20 vezes ___

9. Há quanto tempo sua criança vem sendo atendida no(a) _________(nome do local)?

   (Caso a pessoa não responda espontaneamente, indique as alternativas abaixo:) ___

1) Menos de 6 meses
2) Entre 6 meses e um ano
3) 1 – 2 anos
6) Muito variável para especificar
9) Não sei / Não me lembro

10 Você escolheu o(a) ________________(nome do local) ou você leva sua criança para consultar nele porque pertence à área deste ____________(nome do local)? ___

1) Você ou alguém de sua família o escolheu
2) Você foi designado a ele
3) Outro (especificar)__________________________________
9) Não sei / Não me lembro

11 Você leva sua criança no(a) ___________(nome do local) por algum tipo de problema médico específico?

1) Sim 2) Não 9) Não sei / Não me lembro

(Se SIM, pergunte) Que problema é este?_______________________________(cite-o) ___

UTILIZAÇÃO - PRIMEIRO CONTATO

Por favor, escolha a melhor opção.(explique ao entrevistado que todas as perguntas serão respondidas conforme as respostas que estão no Cartão de Respostas; caso a pessoa não saiba ler repita em todas as perguntas as opções possíveis)

	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei	
12. Quando sua criança necessita uma revisão, você vai ao _________(nome do local) antes de ir a qualquer outro local?	4)	3)	2)	1)	9)	___
13. Quando a sua criança necessita tomar vacinas você vai ao____________ (nome do local) antes de ir a qualquer outro lugar?	4)	3)	2)	1)	9)	___
14. Se surgisse um novo problema de saúde em sua criança, você iria ao___________(nome do local) antes de ir a qualquer outro lugar?	4)	3)	2)	1)	9)	___
15. Se sua criança necessita de um especialista, o (a) (médico/enfermeira) tem que providenciar o encaminhamento para você?	4)	3)	2)	1)	9)	___

ACESSO - PRIMEIRO CONTATO

Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
16	Quando o(a) ________(nome do local) está aberto e sua criança fica doente, alguém deste _______(nome do local) a atende no mesmo dia?	4)	3)	2)	1)	9)	____
17	O(a) _________ (nome do local) está aberto aos sábados e domingos? **(se a resposta for “Sempre” pule a próxima questão)**	4)	3)	2)	1)	9)	____
18	Quando o(a) ___________ (nome do local) está fechado aos sábados e domingos e sua criança fica doente, alguém deste_______ (nome do local) a atende no mesmo dia?	4)	3)	2)	1)	9)	____
19	O(a)________ (nome do local) está aberto até às 8 horas da noite durante a semana?	4)	3)	2)	1)	9)	____
		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	____
20	Quando o(a) _______(nome do local) está fechado durante a noite e sua criança fica doente, alguém deste _______(nome do local) a atende nesta mesma noite? ( ) marque aqui, caso o local permaneça aberto toda a noite.	4)	3)	2)	1)	9)	____
21	Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir uma consulta no(a) _______(nome do local)?	4)	3)	2)	1)	9)	____
22	É fácil conseguir uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA no(a) ______(nome do local)?	4)	3)	2)	1)	9)	____

23	Se o(a) ____________ (nome do local) está fechado, existe algum telefone que você possa ligar quando sua criança fica doente? ( ) marque aqui, caso o local permaneça sempre aberto	4)	3)	2)	1)	9)	____
24.	Quando sua criança tem que ir ao _______(nome do local), alguém tem que deixar de ir a escola ou ao trabalho para leva-la?	4)	3)	2)	1)	9)	____
		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	____
25.	Quando você chega no _______(nome do local), você tem que esperar mais de 30 min antes que sua criança seja vista pelo médico ou pela enfermeira dentro do consultório?	4)	3)	2)	1)	9)	____
26.	É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no _______(nome do local) quando você acha que é necessário?	4)	3)	2)	1)	9)	____
27.	Quando o _______(nome do local) está aberto, você conseguiria conselho médico pelo telefone de maneira rápida, caso você precisasse?	4)	3)	2)	1)	9)	____

ATENÇÃO CONTINUADA

Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
28.	Quando você leva sua criança ao _______(nome do local), ele (a) é atendida pelo *mesmo(a)* (médico/enfermeira) ?	4)	3)	2)	1)	9)	____
29.	Você acha que o (a) (médico/enfermeira) entende o que você diz ou pergunta?	4)	3)	2)	1)	9)	____

30.	O (a) (médico/enfermeira) responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4)	3)	2)	1)	9)	____
31.	Se você tem alguma dúvida sobre a saúde de sua criança, pode conversar com o médico ou enfermeira que mais conhece sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)	____
		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	____
32.	No ________(nome do local) sua criança é conhecida e atendida com atenção?	4)	3)	2)	1)	9)	____
33.	O (a) (médico/enfermeira) lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	4)	3)	2)	1)	9)	____
34.	Você se sente à vontade para falar com o(a) (médico/enfermeira) sobre suas preocupações ou problemas?	4)	3)	2)	1)	9)	____
35.	Você acha que o(a) (médico/enfermeira) conhece a sua família bastante bem?	Com certeza, sim 4)	Acho que sim 3)	Acho que não 2)	Com certeza, não 1)	Não sei / Não me lembro 9)	____
36.	O (a) (médico/enfermeira) sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	Com certeza, sim 4)	Acho que sim 3)	Acho que não 2)	Com certeza, não 1)	Não sei / Não me lembro 9)	____
37.	O (a) (médico/enfermeira) conhece a história médica completa de sua criança?	Com certeza, sim 4)	Acho que sim 3)	Acho que não 2)	Com certeza, não 1)	Não sei / Não me lembro 9)	____
38.	O (a) (médico/enfermeira) sabe sobre o trabalho ou o emprego dos familiares de sua criança?	Com certeza, sim 4)	Acho que sim 3)	Acho que não 2)	Com certeza, não 1)	Não sei / Não me lembro 9)	____
39.	O (a) (médico/enfermeira) pergunta se sua família tem problemas em conseguir ou comprar os	Sempre 4)	Muitas vezes 3)	Poucas vezes 2)	Nunca 1)	Não sei / Não me lembro	____

	medicamentos que sua criança precisa?					9)	____
40.	O (a) (médico/enfermeira) conhece todas as medicações que sua criança está tomando?	Sempre 4)	Muitas vezes 3)	Poucas vezes 2)	Nunca 1)	Não sei / Não me lembro 9)	____
		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	____
41.	O (a) (médico/enfermeira) conversaria com seus familiares quando você acha que isto é importante?	4)	3)	2)	1)	9)	____
42.	No (a) _____(nome do local) você pode trocar de (médico/enfermeira) se quiser?	4)	3)	2)	1)	9)	____
43.	Você trocaria o (a) __________(nome do local) por outro local se isto fosse fácil de fazer? (leia as alternativas)	Com certeza, sim 4)	Acho que sim 3)	Acho que não 2)	Com certeza, não 1)	9)	____

COORDENAÇÃO

Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro	
44.	Se você levou sua criança para consultar em outro lugar, você leva o boletim de atendimento/ a receita para o(a) (médico/enfermeira) do _________(nome do local) olhar?	4)	3)	2)	1)	9)	____
45.	Se você quisesse, poderia ler/olhar o prontuário (pasta/envelope) de sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)	____
46.	Quando você leva sua criança no (a) _______(nome do local), o prontuário dela é utilizado?	4)	3)	2)	1)	9)	____
47.	O (a) (médico/enfermeira) lhe fala sobre o resultado dos exames de laboratório de sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)	____

48. Sua criança teve alguma vez uma consulta com um especialista ou algum serviço especializado? ______

1) Sim

2) Não (**Pule para a próxima página, questão 60**.)

9) Não sei / Não me lembro (**Pule para a próxima página, questão 60**.)

49. Quando foi a última vez que a sua criança teve consulta com o especialista ou serviço especializado? Mês __________ Ano _____ ______

50. Esta consulta foi por um motivo que durou (ou dura) mais de um ano?

1) Sim 2) Não ______

51. Antes desta última consulta, sua criança já havia consultado outras vezes com este especialista ? 1) Sim 2) Não ______

		Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza,não	Não sei / Não me lembro	
52.	O (a) (médico/enfermeira) da sua criança tinha encaminhado sua criança para este especialista?	4)	3)	2)	1) **(se o entrevistado marcou esta opção, pule para a questão 56.)**	9)	_____
53.	O (a) (médico/enfermeira) da sua criança tinha conversado com você sobre vários lugares onde você poderia conseguir esta consulta com este especialista?	4)	3)	2)	1)	9)	_____
54.	O (a) (médico/enfermeira) da sua criança ou alguém que trabalha com ele a(o) ajudou a marcar esta consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	_____
55.	O (médico/enfermeira) de sua criança escreveu um encaminhamento para o especialista sobre o motivo desta consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	_____
56.	O (a) (médico/enfermeira) da sua criança sabe que ela consultou com este especialista?	4)	3)	2)	1)	9)	_____
57.	O (médico/enfermeira) de sua criança ficou sabendo como foi o resultado desta consulta?	4)	3)	2)	1)	9)	_____

58.	Depois desta consulta com o especialista, o seu (médico/enfermeira) conversou com você sobre o que aconteceu na consulta?	4)	3)	2)	1)	9)
59.	O seu (médico/enfermeira) demonstrou interesse em saber sobre a qualidade do atendimento que sua criança recebeu do especialista?	4)	3)	2)	1)	9)

INTEGRALIDADE (SERVIÇOS NECESSÁRIOS)

		Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
60.	Agora vou falar sobre uma lista de serviços que sua criança ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o ________(nome do local) tem estes serviços.					
a.	No(a) ______(nome do local) tem esclarecimentos para tuas dúvidas sobre a alimentação da criança	4)	3)	2)	1)	9)
b.	No(a) ______(nome do local) tem vacinas	4)	3)	2)	1)	9)
c.	No(a) ______(nome do local) fazem avaliação para incluir sua família em programas sociais (bolsa-escola) ou benefícios do governo	4)	3)	2)	1)	9)
d.	No(a) ______(nome do local) tem consulta com dentista	4)	3)	2)	1)	9)
e.	No(a) ______(nome do local) tem tratamento com dentista	4)	3)	2)	1)	9)
f.	No(a) ______(nome do local) tem anticoncepcionais	4)	3)	2)	1)	9)
g.	No(a) ______(nome do local) tem aconselhamento ou tratamento para alcoolismo ou uso de drogas	4)	3)	2)	1)	9)

h.	No(a) ______(nome do local) tem aconselhamento para problemas dos nervos, do comportamento ou de saúde mental	4)	3)	2)	1)	9)	____
i.	No(a) ______(nome do local) fazem pontos para cortes profundos	4)	3)	2)	1)	9)	____
j.	No(a) ______(nome do local) tem aconselhamento e exames para HIV/AIDS	4)	3)	2)	1)	9)	____
k.	No(a) ______(nome do local) fazem avaliação de problemas de surdez	4)	3)	2)	1)	9)	____
l.	No(a) ______(nome do local) tem avaliação da necessidade do uso de óculos	4)	3)	2)	1)	9)	____
m.	No(a) ______(nome do local) enfaixam um tornozelo torcido	4)	3)	2)	1)	9)	____
n.	No(a) ______(nome do local) tem programa do leite	4)	3)	2)	1)	9)	____

SERVIÇOS RECEBIDOS

		Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro	
61.	Vou te falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu (médico/enfermeira), algum destes assuntos foram conversados com você?						
a.	Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado	4)	3)	2)	1)	9)	____
b.	Maneiras para manter sua criança segura, como:						
(1)	Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão	4)	3)	2)	1)	9)	____
(2)	Ensinar as	4)	3)	2)	1)	9)	____

	crianças de 6-12 anos a manter-se afastadas de armas ou facas, atravessar as ruas com cuidado					
(3)	Ensinar crianças maiores de 12 anos sobre o uso da camisinha ou sobre o problema das drogas	4)	3)	2)	1)	9)
c.	Segurança doméstica: como guardar remédios com segurança	4)	3)	2)	1)	9)
d.	Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança	4)	3)	2)	1)	9)
e.	Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Port exemplo, quando que a criança vai caminhar, controlar o xixi......	4)	3)	2)	1)	9)

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

As próximas perguntas são sobre as relações do ___________(nome do local) com sua família e comunidade Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
62.	O seu (médico/enfermeira) lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4)	3)	2)	1)	9)
63.	O seu (médico/enfermeira) lhe perguntou sobre doenças ou problemas que têm na sua família?	4)	3)	2)	1)	9)

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro
64.	Alguém do seu ________(nome do local) faz visitas domiciliares?	4)	3)	2)	1)	9)
65.	O seu _________(nome do local) conhece os problemas de saúde	4)	3)	2)	1)	9)

	importantes de sua vizinhança?					
66.	Como o seu ________(nome do local) conhece as opiniões e idéias das pessoas para ajudar a melhorar o atendimento? Ele(a)					
	a. Pergunta para as pessoas se elas são bem atendidas?	4)	3)	2)	1)	9)
	b. Faz levantamento de problemas de saúde na comunidade nas casas?	4)	3)	2)	1)	9)
	c. Convida membros das famílias a participarem no conselho de saúde?	4)	3)	2)	1)	9)

COMPETÊNCIA CULTURAL

Por favor, escolha a melhor opção.

		Com certeza. sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro
67.	Você recomendaria o (a) (médico/enfermeira) para um familiar ou amigo que tivesse filhos?	4)	3)	2)	1)	9)
68.	Você recomendaria o (a) (médico/enfermeira) para uma pessoa que costuma utilizar ervas e remédios caseiros para cuidar da própria saúde?	4)	3)	2)	1)	9)

QUESTÕES SOBRE SEGURO-SAÚDE

Estas são algumas questões sobre a forma que você paga pelo atendimento de saúde de sua criança. Por favor, escolha a melhor opção.

69. Por quanto tempo durante os últimos 12 meses a sua criança esteve coberta por algum tipo de plano de saúde privado ou empresarial? _______

4) Todo o ano
3) Maioria dos meses
2) Somente alguns meses ou semanas
1) Nunca
9) Não sei / Não me lembro

70. Durante os últimos 12 meses, você pagou por algum atendimento de saúde de sua criança? (caso 69=4, 3 ou 2, este pagamento se refere a um pagamento além do plano, por exemplo "cotas por consulta")

1) Sim. Quantas vezes?___________
2) Não **(Pule para a pergunta 72.)**

71. Se 70=sim, você teve dificuldades para pagar por este(s) atendimento(s)?

1) Sim
2) Não
______

AVALIAÇÃO DE SAÚDE

Por favor marque **uma** resposta.

72. Você diria que a saúde de sua criança é: **(ler as opções, mostrando as "Carinhas" e relacionando cada "carinha" com uma resposta)**

1) Excelente 2) Muito boa 3) Boa 4) Mais ou menos 5) Ruim ________

73. A sua criança tem ou teve algum problema físico, mental ou de comportamento que durou ou é provável que vá durar mais de um ano?

1) Sim 2) Não 9) Não sei / Não me lembro

74. A (o)__________(nome da criança) faz uso no momento de alguma medicação todos os dias?**(inclui sulfato ferroso e vitaminas)**

 Sim Não.

Por favor , pode nos dizer o nome desta(s) medicação(ões)?____________________

Pode nos mostrar esta medicação? (Anote o nome e a apresentação)____________________

E, qual é a dose que você está dando?______________________________ _______

75. Quando foi a última consulta da(o)__________(nome da criança) no ___________(nome do local)? **(Inicialmente não leia as alternativas, apenas se for necessário para a pessoa recordar)**

1) Há menos de uma semana;
2) Entre 1-2 semanas;
3) Entre 2 semanas e um mês;

4) Entre 1-2 meses;

5) Há mais de 2 meses.

76. Qual foi o motivo desta consulta?______________________________________

____

77. Durante os últimos 12 meses, a(o)____________(nome da criança) foi internada no hospital alguma vez?

1) Sim

2) Não **(Pular para a pergunta 79)**

78. Qual foi o motivo desta internação?____________________________________

____

79. O(A) __________________(nome da criança) foi ou está sendo amamentado(a) exclusivamente no peito até que idade?_________meses

( ) Não foi amamentado. Por quê?________________________________(anote a resposta)

80. Por quanto tempo sua criança recebe ou recebeu amamentação mista, isto é, leite materno junto com outros alimentos?

________________meses

81. Você ainda têm a Carteira de Gestante da gravidez do(a)___________(nome da criança)?

1) Sim. Posso vê-la? **(Anote o número de consultas e pule para a questão 83)**____________________número de consultas de pré-natal

2) Não **(passe para a 82.)**

82. Quantas consultas de pré-natal foram realizadas na gestação de _________(nome da criança)?____________número de consultas.
( ) Não foi feito pré-natal.

83. Você tem a carteira de vacinação do(a)__________(nome da criança)?

1) Sim 2) Não **(Pule para a pergunta 86.)**

84. **(Se Sim)** Posso vê-la?

(Completar os dados sobre vacinação, gráfico de crescimento e Teste do pezinho, copiando da carteira.

Caso a mãe NÃO TENHA A CARTEIRA, anote 9999 nas datas das vacinas e nos dados sobre o crescimento.

Caso tenha a carteira, mas a vacinação esteja incompleta, anote 00/00/0000 nas datas das vacinas e nos dados sobre crescimento que faltam.)

Tipo de vacina	**Marque com um X na opção correta**	**Data de cada aplicação**
Sabin (Anti-Pólio)	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose □ reforço	___/___/______ ___/___/______ ___/___/______ ___/___/______
DPT (Tríplice)	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose □ reforço	___/___/______ ___/___/______ ___/___/______ ___/___/______
Hepatite B	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose	___/___/______ ___/___/______ ___/___/______
BCG (Tuberculose)	□ dose única	___/___/______
Sarampo (aos 9 meses)	□ 1ª dose	___/___/______ ___/___/______
MMR (aos 15 meses)	□ 1ª dose	___/___/______ ___/___/______
Hemófilus B (HIB)	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose	___/___/______ ___/___/______ ___/___/______
Tetravalente (DPT + Hemófilus B)	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose	___/___/______ ___/___/______ ___/___/______
Outras__________________	□ 1ª dose □ 2ª dose □ 3ª dose	___/___/______ ___/___/______ ___/___/______

85. **(Observe também se o Gráfico de Crescimento (peso) está preenchido e anote a data do último preenchimento)**

____/_____/_________ data do último peso anotado no Gráfico do Crescimento.

(Na 1ª página da Carteria de Vacinas, oberve e anote o:

PESO DE NASCIMENTO da criança:_____________________g)

86. **(Ainda na carteira de vacinação observe e anote a data de realização do Teste do Pezinho, caso não existam dados na Carteira, pergunte se o cuidador tem os resultados do Teste do Pezinho em outro local:)**

Teste do Pezinho 1) Sim 2) Não

Data: ___/___/_____) marque aqui, caso não tenha visto o exame

87. O(a)_________(nome da criança) usou sulfato ferroso durante o primeiro ano de vida?
1) Sim 2) Não

Se Sim, por quanto tempo?________________________meses

Quantas gotas você usava?________________________gotas/dia

88. O(A)_____________(nome da criança) usou vitamina A+D (ex: Aderovit, Aderogil, Vitaped,....) durante o primeiro ano de vida?

1) Sim 2) Não 9) Não sei

Se Sim, por quanto tempo?_______meses

89. Nos últimos 3 meses, o(a)_______________(nome da criança) teve algum episódio de diarréia?

1) Sim 2) Não 9) Não sei

Se sim, o que você utilizou para ajudá-lo(a) a melhorar?____________________

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SOCIOECONÔMICAS

As questões a seguir são sobre sua família.

90. Qual é o seu endereço?____

91. Há quanto tempo vocês moram nesta comunidade?

__________meses ou __________anos

92. **(Anote se a criança é:)**

1) Menino 2) Menina

93. Quantos irmãos/irmãs a sua criança têm?

______ irmãos/irmãs

94. Quais são as idades dos irmãos/irmãs da(o) _________________(nome da criança)? **(Circule se são anos ou meses.)**

_____anos______meses
_____anos______meses
_____anos______meses
_____anos
_____anos
_____anos
_____anos
_____anos

_____anos

95. O (A)_______________(nome da criança) vive junto com a mãe e o pai?

1) Sim, com ambos **(Pule para a pergunta 97.)**

2) Não

3) Não sei

96. Se não, com qual deles a criança vive?

□ Só a mãe □ Só o pai □ Nenhum dos dois.

97. Qual é a idade da mãe da criança? E do pai? (**Caso a criança não viva com os pais, ponha a idade do cuidador)**

Mãe________anos
Pai____________anos

Outro cuidador_______anos

98. Quais as profissões do pai e da mãe da criança?
Pai: _____________

Mãe:____________ _______

99. Até que série os pais da criança estudaram no colégio?
________número de anos completados pelo pai Curso superior incompleto

 Curso superior completo

(0) Não sabe ler, nem escrever

________número de anos completados pela mãe Curso superior incompleto

 Curso superior completo

(0) Não sabe ler, nem escrever

100. **(Caso o cuidador não seja a mãe e nem o pai da criança, pergunte esta questão:)**
Qual é a última série que você terminou na escola?

_________anos de escolaridade completos _______

101. Quantas pessoas moram na casa?

________número de pessoas _______

102. Quem mora na casa? **(Anote o parentesco em relação à criança. Considere quem dorme e faz as refeições)**

Pai___Mãe____Filhos____Avós____Outros_____ (1) Sim (2) Não _______

103. Quantas peças usam para dormir?

__________(anote o n° de peças) _______

104. Tem água encanada? **(Leia as opções.)**

(1) Não (2) Sim, fora de casa (3)Sim, dentro de casa _______

105. Como é a privada da casa? **(Leia as opções.)**

(0) Não tem. (1) Casinha (2) Sanitário sem descarga (3)Sanitário com descarga _______

106. Na sua casa tem: **(para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de artigos – (00) Não tem (Quantidade) se Sim, tem)**

Rádio_____ _______

Geladeira_______

Carro_________ _______

Aspirador de pó___________

Máquina de lavar roupa____________ _______

Vídeo cassete_____________

TV a cores______________ _______

Banheiro_______________

Freezer _________________ _______

Empregada_______________

107. **(Entrevistador: Anote o tipo de casa:)**

(1) Tijolo

(2) Madeira pré-fabricada

(3) Tijolo/Madeira

(4) Madeira

(5) Papelão/Lata

(6) Outros____________________________ **(especifique)**

108. Qual você diria que é a sua cor? E a cor de sua criança?

Responsável/cuidador		Criança:	
	1) Negra		1) Negra
	2) Branca		2) Branca
	3) Amarela		3) Amarela
	4) Parda		4) Parda
	5) Indígena		5) Indígena

109. **(Entrevistador anota a cor da criança e do cuidador.)**

Cuidador /Responsável:		Criança:	
	1) Negra		1) Negra
	2) Branca		2) Branca
	3) Amarela		3) Amarela
	4) Parda		4) Parda
	5) Indígena		5) Indígena

110. Existe atualmente alguém desempregado vivendo com vocês?

□ Sim

□ Não **(Pule para a pergunta 112.)**

□ Não sei

111. Quem está desempregado?

(coloque os nomes e a relação familiar com a criança)

112. Você está: **(Leia as opções)**

1) Empregado em horário integral, com carteira assinada

2) Empregado por meio turno, com carteira assinada

3) Fazendo biscates

4) Não está empregado

5) Dona de casa

6) Na escola

7) Pensionista

8) Encostado

9) Aposentado

10) Outro (Especificar.): ____

113. Você é? **(Leia as opções.)**

1) Casado 2) Solteiro 3) Viúvo 4) Separado/divorciado 5) Ajuntado ___

114. Esta é uma das últimas perguntas. No último mês, quanto ganharam as pessoas que moram aqui?
(considere como renda individual: salários, pensões, etc - de todos que moram na casa)

Pessoa n° 1 R$_______________**(chefe da família, pessoa com maior renda)**

Pessoa n° 2 R$_______________

Pessoa n° 3 R$_______________ ___

Pessoa n° 4 R$_______________

Pessoa n° 5 R$_______________ ___

Pessoa n° 6 R$_______________

(9999) Ignorado ___

115. E o chefe da família, a pessoa que tem a maior renda? Até que série estudou?

(0) Não sabe ler, nem escrever ___

______n° de séries

1) Curso superior incompleto ___

2) Curso superior completo

116. No último mês, quanto você ganhou?

R$_______________ ___

117. A família tem outra fonte de renda? Quanto ganha com esta renda?

Outra renda 1 R$____________ ___

Outra renda 2 R$____________ (00) caso não tenha outra fonte (9999) Ignorado

118. **(Pese e anote o peso da criança – aguarde a visita do coordenador de campo)** ___

_________________gramas

(Agora, para finalizar vá para o questionário de SATISFAÇÃO, na página seguinte........)

QUESTIONÁRIO SOBRE SATISFAÇÃO

Agora, para finalizar, faremos 13 perguntas relacionadas à última consulta realizada com sua criança no ______________(nome do local – o mesmo das perguntas anteriores). Para respondê-las use este cartão. Aponte para a "Carinha" que melhor expressa sua opinião sobre os seguintes itens. **(Marque a letra correspondente para cada "Carinha". Entre parênteses estão frases para facilitar o entendimento do entrevistado. Caso ele(a) não entenda a primeira frase, leia a frase entre parênteses.)**

1) Sua opinião sobre: Facilidade de acesso à consulta.

(é fácil marcar ou conseguir consultas?)

"Carinha": A B C D E

2) Sua opinião sobre: Tempo dispendido na sala de espera.

(o que você acha do tempo que tem de esperar para consultar?)

"Carinha": A B C D E

3) Sua opinião sobre: Cordialidade por parte da recepção.

(o pessoal da recepção é cordial, educado, simpático?)

"Carinha": A B C D E

4) Sua opinião sobre: Cordialidade do profissional.

(o médico/enfermeira é cordial, educado(a), simpático(a))

"Carinha": A B C D E

5) Sua opinião sobre: Atenção dada às queixas.

(o médico/enfermeira ouve com atenção o motivo da consulta, suas queixas)

"Carinha": A B C D E

6) Sua opinião sobre: Impressão do exame clínico.

(qual sua opinião sobre o jeito como o médico/enfermeira examina sua criança?)

"Carinha": A B C D E

7) Sua opinião sobre: Confiança despertada pelo médico.

(você confia no médico/enfermeira?)

"Carinha": A B C D E

8) Sua opinião sobre: Confiança na receita.

(você confia na receita dada pelo médico/enfermeira?)

"Carinha": A B C D E

9) Sua opinião sobre: Explicações do médico com respeito à doença.

(as explicações sobre o motivo da consulta, sobre o problema, que o médico/enfermeira lhe dá na consulta?)

"Carinha": A B C D E

10) Sua opinião sobre: Explicações quanto ao prognóstico.

(explicações do médico/enfermeira sobre a duração, a evolução e as conseqüências da doença ou problema)

"Carinha": A B C D E

11) Sua opinião sobre: Satisfação com o agendamento.

(agendamento = forma de marcação de consultas)

"Carinha": A B C D E

12) Sua opinião sobre: Avaliação geral da consulta.

(opinião geral sobre a consulta como um todo)

"Carinha": A B C D E

13) O que você sugere para melhorar o atendimento?

(Anote a resposta usando as palavras do entrevistado):

____

Bom, muito obrigado em responder nossas perguntas. Temos certeza que isto irá contribuir para melhorar o atendimento que sua criança recebe.

Se você tem qualquer dúvida sobre nossa pesquisa, basta entrar em contato com o nosso coordenador.

Ele estará satisfeito em falar com você a qualquer momento. Além disso, se você quiser uma cópia do estudo quando estiver terminado, por favor, diga-me.

A pessoa responsável pelo estudo é: Dr. Erno Harzheim.

O telefone do Escritório da Pesquisa é: 9178 3590.

____

ANOTAÇÕES RELEVANTES:

Apéndice 4. Cartones de respuesta utilizados.

CARTÃO DE RESPOSTAS

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

CARTÃO DE RESPOSTAS

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

CARTÃO DE RESPOSTAS

Figura 1

Ícones empregados na série 1.

A

B

C

D

E

Apéndice 5. Manual para los encuestadores.

Universidad de Alicante, Espanha
Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Centro de Saúde Escola Murialdo
Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

PROJETO

Avaliação da atenção à saúde infantil do *Programa de Saúde da Família* no município de Porto Alegre: a relação entre as características da atenção e sua efetividade sobre as iniqüidades em saúde.

MANUAL DE INSTRUÇÕES

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Caro colaborador,
Este é o manual de campo da pesquisa "Avaliação da atenção à saúde infantil no *Programa de Saúde da Família* do município de Porto Alegre: a relação entre as características da atenção e sua efetividade sobre as iniqüidades em saúde". Com sua ajuda estamos contribuindo para melhorar a atenção à saúde das crianças de nossa cidade. Uma pesquisa desse porte deve ter algumas regras bem definidas para que seus resultados consigam refletir a realidade da saúde nas comunidades entrevistadas. Este manual é um apoio neste sentido. Esperamos que aqui você possa encontrar a solução para as dúvidas mais comuns ao longo do seu trabalho de campo. Caso alguma dificuldade inesperada surja durante seu trabalho, não pense duas vezes: entre em contato conosco.
Erno, fone: 9178 3590.

Ainda em casa....
Cada entrevistador deverá ter todo material necessário para a realização das entrevistas. Confira na lista abaixo se não lhe falta nada:

- crachá;
- carteira de identidade;
- lápis, borracha, apontador, caneta, prancheta e pasta;
- camiseta de identificação;
- questionários;
- manual de instruções;
- Cartões Resposta;
- pasta da pesquisa.

Não esqueça de vestir uma roupa confortável. Não use roupas curtas, nem justas. Vista-se de maneira recatada. Não use roupas de marcas, nem tênis/botas de grife. Não leve dinheiro em excesso. Não use jóias.

Etapas do trabalho de campo

1. **PONTUALIDADE NA CHEGADA AO LOCAL DE ENCONTRO;**

2. **TRANSLADO ATÉ O LOCAL DO TRABALHO:**
Aproveite o passeio, relaxe!! A partir da chegada na comunidade a concentração deve ser total nas tarefas a realizar.

3. **RECONHECIMENTO DA ÁREA:**
O(s) coordenador(es) de campo, junto com um agente comunitário ou morador do local, vão lhe passar informações importantes sobre a área a ser visitada. Preste atenção nos locais considerados mais perigosos, nas indicações sobre a localização de becos e ruas, no ponto e horário de encontro final.

Atenção!!! Nunca se afaste dos subgrupos de trabalho!!!!

4. ESCOLHA DAS CASAS A VISITAR

Siga as orientações do coordenador de campo.

Caso não haja ninguém na casa escolhida, informe-se com um vizinho se existem moradores e se entre eles há pelo menos uma criança com menos de 2 anos. Se residem crianças com menos de 2 anos, mas no momento não há ninguém na casa, anote o endereço no questionário para nova visita no futuro, além de perguntar ao vizinho se ele

sabe o horário mais fácil de encontrar as pessoas em casa. Cada casa sorteada será visitada no máximo 3 vezes em horários e dias distintos.

Visite as casas distribuídas pelo coordenador de campo. Localize as crianças previamente escolhidas. **Pergunte se a criança escolhida vive nesta comunidade desde o nascimento.** Se sim:

APRESENTE-SE E INICIE O QUESTIONÁRIO.

Caso tenha algum problema na identificação da casa ou na localização da criança pré-selecionada, chame o coordenador de campo. Da mesma maneira, caso a criança não tenha nascido na área da pesquisa, não inicie o questionário e chame o coordenador de campo.

5. APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Informe que você é estudante da universidade e diga o MOTIVO da visita: REALIZAR UMA PESQUISA SOBRE A SAÚDE DAS CRIANÇAS E O ATENDIMENTO QUE ELAS RECEBEM.

Reforce que você **NÃO** pertence ao posto de saúde da comunidade. Diga ao entrevistado que ele tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas , como as positivas.

Reforce a IMPORTÂNCIA do estudo para todas as crianças da comunidade.

Diga que esta família foi escolhida por sorteio e que sua colaboração é muito importante para ajudar na pesquisa.

Diga que a entrevista vai durar mais ou menos 30 minutos.

Mostre seu crachá.

Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa para as crianças da comunidade. Se houver recusa inicial, combine um horário mais adequado para o entrevistado. Anote o endereço e o horário da nova visita. Qualquer PROBLEMA chame o COORDENADOR de campo.

6. INSTRUÇÕES GERAIS

Não vá entrando no terreno/casa do entrevistado, caso não tenha sido convidado.

Bata palmas ou use a campainha.

Seja simpático desde o início. É despertando o interesse inicial do entrevistado que você conseguirá realizar uma entrevista tranqüila.

Caso você seja convidado a entrar na casa para realizar a entrevista, aceite desde que não perceba uma situação de risco (morador embriagado, etc.).

Caso a pessoa esteja trabalhando em casa (ex: lavando roupa), ofereça-se para fazer as perguntas enquanto ele(a) trabalha.

Se lhe oferecerem um cafezinho, aceite-o.

Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome.

Seja simpático. O questionário é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade.
Para adultos use sempre a expressão Sr. ou Sra..

Formule as perguntas exatamente como estão escritas. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar a pergunta. Não induza as respostas. Tranqüilidade é a chave do sucesso!!

Sempre mostre o Cartão de Respostas adequado. Quando indicado, leia as alternativas.

Quando houver dúvidas sobre a resposta, escreva por extenso para posterior discussão com o coordenador.

Quando uma resposta parecer pouco confiável, repita a pergunta de maneira mais enfática.

Se as respostas forem duvidosas quanto a números (ex: "2 ou 3 vezes"), perguntar se é mais para 2 ou mais para 3. Se não souber, marque o valor inferior.

Se houver dúvida entre marcar "sim" (sempre) ou "não" (nunca), marque "não" (nunca). Mas, antes, repita a pergunta.

Se a resposta do entrevistado for "sim", mas ele tem que escolher a resposta entre as alternativas "Sempre/Muitas vezes/...." ou "Com certeza, sim/Acho que sim/.....", leia apenas as respostas afirmativas. Se, por outro lado, a resposta for "não", leia apenas as opções negativas: "Poucas vezes/Nunca" ou "Acho que não/Com certeza Não".

Marque a resposta à caneta, circulando o quadradinho e o número (ou palavra) correspondente. Caso surjam erros, aponte com uma seta e escreva "Resposta correta". Ex:

1) Sim 2) Não 9) Não sei / Não me lembro

Escreva sempre com letra de forma.

Não deixe perguntas em branco.
Caso o entrevistado não saiba uma resposta que exige um número para ser respondida (ex: a idade), não deixe em branco, preencha com 9999.
Não leia para os entrevistados o título de cada sessão do questionário.

Não leia para os entrevistados o que está entre parênteses no questionário.

Considerar como membro da família todas as pessoas que fazem as refeições juntas. Se houver empregadas domésticas na casa, não contar como família.
Explique o que é SERVIÇO DE SAÚDE: "serviço de saúde é o local onde você leva sua criança quando ela está doente, por exemplo: um posto de saúde, uma emergência de hospital, um consultório médico, entre outros."

Não esqueça os Cartões de Resposta na casa dos entrevistados!!

Ao terminar o questionário, ainda na casa do entrevistado, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhuma pergunta foi esquecida.

7. QUESTIONÁRIO

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

- Não preencha o campo “Número do caso”.

- Nome do entrevistador:
Preencha com o nome de quem realiza a entrevista. Quando estiverem trabalhando em duplas, preencher com ambos os nomes.

- Hora do início e final da entrevista:
Preencher com horário de 24 horas, por exemplo: 13:23.

- Data da aplicação do questionário
Preencher com o dia, mês e ano (4 dígitos).

INTRODUÇÃO e QUESTÕES DE RASTREAMENTO

Se você está numa área de PSF, inicie o questionário no ponto: **“Para o PSF, o quest. começa aqui”.** Responda a 1ª pergunta e siga as instruções entre parênteses.

Se você está numa área de “Vazio”, inicie o questionário na pergunta I1.

I1- Você tem alguma criança de 0 a 02 anos que viva nesta casa?
Anote a resposta e siga as instruções entre parênteses.

I2- Para poupar tempo, falaremos apenas de uma das crianças. Você pode, por favor, dizer-me os nomes e as datas de nascimento de todas as crianças de 0 a 2 anos?

Faça a seleção da criança, conforme explicado no questionário e no apartado **4** deste Manual. Anote o nome da criança selecionada, sua idade e data de nascimento.

I3- Você é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde do (a)________________ (nome da criança)?
Esta pergunta identifica o(a) cuidador(a) principal da criança selecionada.
Anote o nome da pessoa identificada como cuidador principal.
Ao aplicar o questionário sempre tente substituir **“sua criança/nome da criança”** pelo **NOME** da criança selecionada.

I4- Este momento é apropriado para conversarmos?
Siga as instruções entre parênteses.

Caso o cuidador principal não esteja disponível anote o horário mais apropriado e o telefone, se possível.
CONSENTIMENTO

Leia o consentimento e peça para o cuidador principal assiná-lo. Caso o cuidador principal não saiba escrever, leia o termo junto de uma testemunha que saiba escrever e peça para que esta pessoa assine no local indicado.

I5- Qual é seu parentesco com o(a)__________________(nome da criança)?
Marque o parentesco adequado.

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. **Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você COSTUMA levar o(a)____________(nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando necessita algum conselho sobre a saúde dele(a)?**

Enfatize a palavra sublinhada.
Anote SIM ou NÃO.
Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde.

2. **Existe um serviço de saúde onde CONHECEM BASTANTE BEM a sua criança?**

Enfatize as palavras sublinhadas.
Anote SIM ou NÃO.
Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o da pergunta **1.**

3. **Existe um médico/enfermeira que você CONSIDERA O PROFISSIONAL MAIS RESPONSÁVEL pelo atendimento de sua criança?**

Enfatize as palavras sublinhadas.
Anote SIM ou NÃO.
Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o da pergunta **1 e 2.**

Após estas 3 perguntas você deve saber identificar o serviço de saúde/profissional que será enfocado ao longo de todo o questionário. Siga as instruções de identificação contidas no questionário.

4. **(Para o ENTREVISTADOR: conforme as respostas das perguntas 1,2 e 3 defina que tipo de serviço de saúde é este identificado? Se necessário, faça mais perguntas para identificá-lo.)**

Marque a resposta que melhor caracterize o local identificado.

5. **Então para deixar claro, quando sua criança precisa consultar você procura:**

"CONSULTAR" corresponde ao encontro individualizado do cuidador+criança com o médico ou enfermeira dentro do consultório.
Defina se a pessoa procura um profissional específico (médico ou enfermeira) ou um serviço de saúde. A partir desta questão, todas as perguntas vão referir-se a este local/profissional. Substitua sempre "NOME DO LOCAL" pelo nome do serviço especificado (por exemplo "postinho da vila") e substitua sempre "MÉDICO/ENFERMEIRA" por "Dr.nome do médico" ou "Enfª nome da enfermeira".

6. **O seu (médico/enfermeira) atende:**

Leia as alternativas e marque a resposta indicada.

7. **O seu (médico/enfermeira) atende principalmente crianças com (ler as alternativas):**

"Somente certos tipos de problemas" refere-se ao atendimento especializado de alguns tipos específicos de problemas de saúde, enquanto "A maioria dos tipos de problemas" refere-se a um ambulatório geral.

8. **Quantas vezes no total sua criança já esteve no(a) ___________(nome do local)?__________**

Anote o número de vezes que a criança já esteve no local indicado.

9. Há quanto tempo sua criança vem sendo atendida no(a) _________(nome do local)?

Sempre substitua “sua criança” pelo nome da criança escolhida.

10. Você escolheu o(a) _______________(nome do local) ou você consulta nele porque pertence à área deste ___________(nome do local)?

Marque a resposta indicada.

11. Você leva sua criança no(a) __________(nome do local) por algum tipo de problema médico específico?

Problema médico específico refere-se a condições específicas de saúde, por exemplo: desnutrição, asma, problemas congênitos, retardo mental. Se necessário use exemplos. Caso a respota seja SIM, anote o tipo do problema.

UTILIZAÇÃO - PRIMEIRO CONTATO

Para as questões 12 a 27, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

15. Se sua criança necessita de um especialista, o (a) (médico/enfermeira) tem que providenciar o encaminhamento para você?

Caso a criança nunca tenha precisado de um especialista, marque “Não sei”.

16. Quando o(a) ________(nome do local) está aberto e sua criança fica doente, alguém deste _______(nome do local) a atende no mesmo dia?

Caso o entrevistado responda que deve chegar cedo para conseguir “ficha” para o mesmo dia, insista nas respostas do Cartão, salientando que número de vezes (sempre, muitas, poucas, nunca) ele chega cedo e consegue a “ficha”.

18. Quando o(a) (nome do local) está fechado aos sábados e domingos e sua criança fica doente, alguém deste (nome do local) a atende no mesmo dia?

Deseja-se saber sobre qualquer atendiemnto, inclusive o atendiomento do as gentes comunitários.

22. É fácil conseguir uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA no(a) ______(nome do local)?

Deseja-se saber sobre a consulta de puericultura. A consulta onde se mede e pesa a criança, para mantê-la saudável. Não é a consulta de retorno para reavaliação de um problema de saúde.

ATENÇÃO CONTINUADA

Para as questões 28 a 34, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua "sua criança" pelo NOME da criança.

Sempre substitua "nome do local" pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua "(médico/enfermeira)" por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para as questões 35 a 38, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua "sua criança" pelo NOME da criança.

Sempre substitua "nome do local" pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua "(médico/enfermeira)" por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para as questões 39 a 42, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua "sua criança" pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para a questão 43, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

COORDENAÇÃO

Para as questões 44 a 47, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

Para as questões 52 a 59, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

Para as perguntas de **51** a **59**, caso a criança esteja em acompanhamento com o especialista, com retornos automáticos, todas as perguntas devem referir-se a primeira consulta com este especialista.

57. O (médico/enfermeira) de sua criança ficou sabendo como foi o resultado desta consulta?

Caso a criança ainda não tenha consultado no posto após a consulta com o especialista, marque **9** (Não sei).

INTEGRALIDADE (SERVIÇOS NECESSÁRIOS)

60. Agora vou falar sobre uma lista de serviços que sua criança ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o ________(nome do local) tem estes serviços.
Saliente que esta pergunta não se refere especificamente à criança escolhida. Esta pergunta é sobre toda a experiência com o serviço de saúde que esta pessoa possui. Não necessariamente ela deve ter recebido estes serviços, mas sim saber ou não sobre sua disponibilidade. Estes serviços referem-se obrigatoriamente ao que é EXECUTADO no posto. Exemplo: avaliações visuais feitas através de encaminhamento a um oftalmologista que trabalha em outro local, NÃO são serviços disponíveis no posto em questão.

Para responder cada item use o Cartão de Respostas n° 1, com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

O item **"C"** inclui o Programa do Leite, já que este também é um programa social do governo.

O item **"J"** deve incluir os dois: aconselhamento e teste para HIV, caso contrário marque **9.**

SERVIÇOS RECEBIDOS

61. Vou te falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu (médico/enfermeira), algum destes assuntos foram conversados com você?
A cada item acrescente antes "O seu (médico/enfermeira) conversou com você sobre ......"
Para as respostas, use o Cartão de Respostas n°2, com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Para as questões 62 a 63, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Para as questões 64 a 66, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / Não me lembro

COMPETÊNCIA CULTURAL

Para as questões 67 a 68, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza, sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

QUESTÕES SOBRE SEGURO-SAÚDE

69. Por quanto tempo durante os últimos 12 meses a sua criança esteve coberta por algum tipo de plano de saúde privado ou empresarial?
Anote a resposta que mais se aproxima às alternativas. Se necessário leia as alternativas ao entrevistado(a).

70. Durante os últimos 12 meses, você pagou por algum atendimento de saúde de sua criança? (caso 69=4, 3 ou 2, este pagamento se refere a um pagamento além do plano, por exemplo "cotas por consulta").
Anote o número de vezes que o cuidador pagou por consultas da criança.

71. Se 70=sim, você teve dificuldades para pagar por este(s) atendimento(s)?
Caso a resposta da 70 seja sim, faça a pergunta 71 anotando a resposta indicada.

AVALIAÇÃO DE SAÚDE

72. Você diria que a saúde de sua criança é: (ler as opções, mostrando as "Carinhas" e relacionando cada "carinha" com uma resposta:
A=Excelente; B=Muito Boa; C=Boa; D=Mais ou menos; E=Ruim.)
Para responder esta questão, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°3 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Figura 1

Ícones empregados na série 1.

A

B

C

D

E

Comparar "Excelente" com a figura "A" e assim sucessiva e respectivamente, salientando para o cuidador que o objetivo da pergunta é obter uma qualificação da saúde da criança.

73. A sua criança tem ou teve algum problema físico, mental ou de comportamento que durou ou é provável que vá durar mais de um ano?
Refere-se a uma doença crônica que acomete a criança escolhida. Caso o cuidador não compreenda, exemplifique falando de uma criança que teve problema de asma por mais de um ano.

74. A (o)__________(nome da criança) faz uso no momento de alguma medicação todos os dias?(inclui sulfato ferroso e vitaminas)
O objetivo desta pergunta é saber sobre o uso habitual de alguma medicação por parte da criança. Caso o cuidador possa mostra-la, preencha todos os itens. Caso não possa, anote a resposta principal (Sim ou Não), o nome da medicação e a dosagem usada.

75. Quando foi a última consulta da(o)__________(nome da criança) no (nome do local)?
Espere por uma resposta espontânea. Caso o entrevistado não se lembre, leia as alternativas.

76. Qual foi o motivo desta consulta?_______________________________________
Anote usando as palavras do entrevistado.

77. Durante os últimos 12 meses, a(o)____________(nome da criança) foi internada no hospital alguma vez?
Deixe claro que a pergunta refere-se ao período que vai do dia da entrevista até 12 meses atrás (ex: "desde o mês de abril do ano passado".)

78. Qual foi o motivo desta internação?_____________________________________
Anote usando as palavras do entrevistado.

79. O(A) __________________(nome da criança) foi ou está sendo amamentado(a) exclusivamente no peito até que idade?_________meses
) Não foi amamentado. Por quê?
Deixe claro que amamentação exclusiva é **SÓ** o leite do peito. Caso a criança não tenha sido amamentada, anote a respsota da pergunta "Por quê?" usando as palavras do entrevistado.

80. Por quanto tempo sua criança recebe ou recebeu amamentação mista, isto é, leite materno junto com outros alimentos?
Deixe claro que amamentação mista é LEITE MATERNO + COMIDA (mamadeira, sucos, sopinhas, comida da casa, frutas)

81 e 82. (Anote o número de consultas e pule para a questão 83) / Quantas consultas de pré-natal foram realizadas na gestação de _________(nome da criança)?
O objetivo destas questões é saber o número total de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação da criança selecionada. Caso a mãe não seja a cuidadora principal, tente descobrir através do entrevistado ou diretamente da mãe a resposta a esta pergunta.

83. Você tem a carteira de vacinação do(a)__________(nome da criança)?
Caso o cuidador lhe mostre a Carteira de Vacinação, anote as datas de cada uma das vacinas no espaço correspondente. Caso não tenha a Carteira, preencha com **9999** em todos os campos referentes a vacinas e doses. O importante é o dado mais fidedigno e não a declaração do cuidador. Insista educadamente para que lhe mostrem a Carteira. Não é comum a inexistência desta Carteira junto à criança.

84. Dados de vacinação: em cada coluna da Carteira estão colocadas as datas em que as mesmas foram aplicadas. Anote cada uma das datas ao lado de cada uma das doses no quadro em anexo. Caso uma das doses (ou mais de uma) não tenha sido aplicada, preencha com 00/00/0000. Obs: a vacina do sarampo é dada aos 9 meses e aos 15 meses é administrada a MMR, normalmente aparecendo na mesma coluna. Qualquer dúvida chame o coordenador.
85. Gráfico de Crescimento: abra a carteira e veja se há anotação do peso no gráfico. Anote a data correspondente ao último peso anotado no Gráfico. Caso não haja nenhum peso anotado ponha **9999. Na pergunta seguinte anote o PESO DE NASCIMENTO da criança selecionada, verificado através da primeira página do CARTÃO DA CRIANÇA.**
86. Teste do pezinho: muitas vezes o resultado do Teste do Pezinho é anotado junto as vacinas. Procure pelo carimbo (está escrito Teste do Pezinho ou TSH/Fenilcetonúria). Caso encontre anote a data de sua realização. Caso não esteja anotado na Carteira, pergunte ao cuidador se tem este exame em outro documento, peça para vê-lo e anote a data de realização.

87. O(a)_________(nome da criança) usou sulfato ferroso durante o primeiro ano de vida?

Anote a resposta (Sim ou Não), o tempo de uso e o número de gotas. Caso o cuidador não lembre o tempo ou a dosagem, anote 9999, em ambos os campos.

88. O(A)_____________(nome da criança) usou vitamina A+D (Aderogil, Aderovit, Vitaped,.........)durante o primeiro ano de vida?

Anote a resposta (Sim ou Não) e o tempo de uso. Caso o cuidador não lembre o tempo anote 9999.

89. Nos últimos 3 meses, o(a)_______________(nome da criança) teve algum episódio de diarréia?
O objetivo desta pergunta, se afirmativa, é descobrir se foi usado soro caseiro, soro de reidratação oral ou água de arroz (não confunda água de arroz com canja ou sopa). Entretanto, deixe a pergunta aberta, não cite estas alternativas e anote a resposta usando as palavras do entrevistado.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SOCIOECONÔMICAS

90. Qual é o seu endereço?

Anote o endereço completo. Reafirme que estes dados não serão divulgados.

91. Há quanto tempo vocês moram nesta comunidade?

Coloque a resposta em meses ou anos (use um número fracionado no campo referente aos anos, caso não seja um número inteiro – ex: 2,5 anos)

92. (Anote se a criança é:)

Anote o sexo da criança.

93. Quantos irmãos/irmãs a sua criança têm?

Anote o número de irmãos/irmãs vivos que a criança escolhida têm.

94. Quais são as idades dos irmãos/irmãs da(o)__________(nome da criança)? (Circule se são meses ou anos.)
Preencha a idade de cada irmão, circulando nos 3 primeiros se a idade se refere a meses ou anos. Exemplo:

_____anos______meses

_____anos______meses
_____anos______meses
_____anos
_____anos

95. O (A)_______________(nome da criança) vive junto com a mãe e o pai?
Deseja-se saber se a criança vive com ambos os pais, vive somente com a mão, somente com o pai ou afastada de ambos. É complementada pela pergunta **96 (Se não, com qual deles a criança vive?).**

97. Qual é a idade da mãe da criança? E do pai? (Caso a criança não viva com os pais, ponha também a idade do cuidador)
Preencha com a idade de cada um dos pais e cuidador se necessário. Caso não se saiba alguma das idades, preencha com **9999.**

98. Quais as profissões do pai e da mãe da criança?
Preencha usando as palavras do entrevistado.

99. Até que série os pais da criança estudaram no colégio?
Preencha com o número de série completadas por cada um dos pais. Some todos os anos. Para segundo grau completo, some 8 + 3 = 11. Caso um deles (ou ambos) não tenha estudado preencha com **0**, caso não saiba ponha **9999**.

100. (Caso o cuidador não seja a mãe e nem o pai da criança, pergunte esta questão:) Qual é a última série que você terminou na escola?

Anote a última série completada pelo cuidador. Use a mesma maneira de responder explicada na questão acima.

101. Quantas pessoas moram na casa?

Preencha com o número de pessoas que vivem na casa. Para esta resposta considere viver na casa o fato de compartir as principais refeições. Empregados (ex:doméstica)não são contabilizados.

102. Quem mora na casa? (Anote o parentesco em relação a criança. Considere quem dorme e faz as refeições.)

Pai___Mãe____Filhos____Avós____Outros_____ (1) Não (2) Sim

Complete ao lado de cada opção com o número 1 quando a resposta for (não) e número 2 quando for (sim).

103. Quantas peças usam para dormir?

__________(anote o n° de peças)

104. Tem água encanada? (Leia as opções.)

(1) Não (2) Sim, fora de casa (3)Sim, dentro de casa

Marque a opção indicada pelo entrevistador.

105. Como é a privada da casa? (Leia as opções)

(0) Não tem. (1) Casinha (2) Sanitário sem descarga (3)Sanitário com descarga

Marque a opção indicada pelo entrevistado.

106. Na sua casa tem: (para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de artigos – (00) Não tem (Quantidade) se Sim, tem)

Rádio_____

Geladeira_______

Carro_________

Aspirador de pó___________

Máquina de lavar roupa____________

Vídeo cassete_____________

TV a cores______________

Banheiro_______________

Freezer _________________

Empregada_______________

Se o entrevistado confirma a existência de um destes artigos, pergunte se está funcionando e o número de cada um, anotando a quantidade de cada um junto ao referido artigo.

107. (Entrevistador: Anote o tipo de casa:)

(1) Tijolo
(2) Madeira pré-fabricada
(3) Tijolo/Madeira
(4) Madeira
(5) Papelão/Lata
(6) Outros___________________________ (especifique)

O item (4) Madeira refere-se a casa de madeira feita com pedaços irregulares de madeira, tipo “maloca”.

108. Qual você diria que é a sua cor? E a cor de sua criança?

O objetivo desta pergunta é saber qual a cor que o cuidador acreita ter e qual a cor que ele(a) acredita que a criança tenha. A resposta deve ser espontânea, sem a leitura das alternativas. Usaremos a classificação do IBGE:

Branca;

Preta;

Amarela (origem oriental);

Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça);

Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

109. (Entrevistador anota a cor da criança e do cuidador.)

Nesta pergunta você anota a cor que você acha que representa melhor a cor do cuidador e da criança. Usaremos a classificação do IBGE:

Branca;

Preta;

Amarela (origem oriental);

Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça);

Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

110. Existe atualmente alguém desempregado vivendo com vocês?

Dona de casa não é considerada desempregada.

111. Quem está desempregado?

Preencha com o nome e a relação familiar com a criança.

112. Você está: (Leia as opções)

Deseja-se saber a situação profissional do cuidador. Leia as respostas e anote a indicada.

113. Você é? (Leia as opções.)

Deseja-se saber o estado matrimonial do cuidador, não seu estado civil exato. Para tanto,leia as opções e anote a indicada.

114. Esta é uma das últimas perguntas. . No último mês, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? **(considere como renda individual: salários, pensões, etc - de todos que moram na casa)**

Anote a renda individual de cada uma das pessoas da casa, iniciando pelo chefe de família, aquele que tem a maior renda. Preencha em reais (R$), não em salários mínimos.

115. E o chefe da família, a pessoa que tem a maior renda? Até que série estudou?

Anote o número de séries completadas pelo chefe da família. Se não estudou, marque a opção (0).

116. No último mês, quanto você ganhou?

Anote a renda individual do cuidador. Preencha em reais (R$), não em salários mínimos. Caso não tenha renda individual, preencha com **00**, caso não saiba ou não queira dizer preencha com **9999.**

117. A família tem outra fonte de renda? Quanto ganha com esta renda?

Anote o valor desta outra fointe de renda em R$. Caso não possuam marque 00. Cso não saibam marque 9999.

118. (Pese e anote o peso da criança – aguarde a visita do supervisor de campo)

Em algum momento de sua entrevista, o coordenador de campo se aproximará e pedirá para pesar a criança. Aproveite para descansar um pouco!!! Depois de pesada, anote o peso da criança em gramas no local indicado. Caso a criança não seja pesada preencha com **9999**.

Para o questionário sobre **SATISFAÇÃO** siga as instruções que constam no próprio questionário. Utilize o Cartão de Respostas n°3, o **Cartão das "Carinhas"**. Ao mostrar o **Cartão das Carinhas** explique para o entrevistado que ele deve escolher a **Carinha** que melhor representa/expressa a sua opinião.

Apéndice 6. Ejemplo de informativo distribuido a la comunidad previamente a la recogida de los datos.

“<u>INFORMATIVO</u>

Dia 1° de junho, das 10:00 às 15:30, um grupo formado por médicos de família e estudantes de Enfermagem e Medicina estará fazendo algumas entrevistas em sua comunidade. Estas entrevistas objetivam avaliar a saúde das crianças de 0 a 2 anos de sua comunidade. Colabore com o pessoal, pois eles estão trabalhando para conhecer melhor os serviços de saúde e o atendimento das crianças. Desta maneira, poderemos melhorar a saúde de todas as crianças.

Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre.”

Apéndice 7. Ítems excluidos a través de la evaluación conceptual del análisis factorial.

Items
12- ¿Cuándo su niño(a) necesita una revisión de salud, Ud. lo(a) lleva a su médico / enfermera antes de ir a cualquier otro servicio de salud?
13- ¿Cuándo su niño necesita vacunación, Ud. va al _________(nombre del local) antes de ir a cualquier otro local?
14- ¿Si surgiera un nuevo problema de salud en su niño, Ud. iría al__________(nombre del local) antes de ir a cualquier otro?
15- ¿Si su niño necesita de un especialista, el /la (médico / enfermera) tiene que providenciar la referencia para Ud.?
17- ¿El (nombre del local) está abierto a los sábados y domingos?
18- ¿Cuándo el (nombre del local) está cerrado a los sábados y domingos y su niño se pone enfermo, alguien de este (nombre del local) lo atiende el mismo día?
19- ¿El (nombre del local) está abierto hasta las 8 horas de la noche durante la semana?
20- ¿Cuándo el (nombre del local) está cerrado durante la noche y su niño se pone enfermo, algún profesional de este local lo atiende en esta misma noche?
23- ¿Si el (nombre del local) está cerrado, existe un teléfono que Ud. pueda ligar cuando su niño se pone enfermo?
24- ¿Cuándo su niño tiene que ir al (nombre del local), alguien tiene que dejar de ir a la escuela o al trabajo para llevarlo?
28- ¿Cuándo Ud. lleva su niño al (nombre del local), el es atendido por el / la *mismo(a)* (médico / enfermera)?
42- ¿En el (nombre del local) Ud. puede cambiar de (médico / enfermera) caso quiera?
44- ¿Si Ud. ha llevado su niño para consultar en otro lugar, Ud. lleva el boletín de consulta / la receta para el / la (médico / enfermera) del (nombre del local) evaluar?
45- ¿Si Ud. quisiera, podría leer / mirar la historia clínica de su niño?
46- ¿Cuándo Ud. lleva su niño en el (nombre del local), la historia clínica del niño es utilizada?
47- ¿El / la (médico / enfermera) le explica los resultado de las analíticas de su niño?
53- ¿El / la (médico / enfermera) de su niño había discutido con Ud. sobre varios servicios donde Ud. podría conseguir la cita con este médico especialista?
54- ¿El (médico / enfermera) da su niño o alguien que trabaja con el (ella) ha auxiliado a marcar la cita con el médico especialista?
55- ¿El / la (médico / enfermera) de su niño ha escrito un documento de referencia para el médico especialista sobre el motivo de esta cita?
6oa- ¿En el (nombre del local) hay orientaciones y esclarecimientos para tus dudas sobre la alimentación del niño?
60k- ¿Hacen evaluación para problemas auditivos? (excluido previamente al análisis factorial por bajo número de respondientes - 295)
66a- ¿Cómo su (nombre del local) conoce las opiniones e ideas de las personas para ayudar a mejorar la atención: Preguntan a las personas si son bien atendidas?
67- ¿Ud. recomendaría el / la (médico / enfermera) para un familiar o amigo que tuviese hijos?
68- ¿Ud. recomendaría el / la (médico / enfermera) para una persona que tiene el costumbre de utilizar hiervas y remedios caseros para cuidar de su propia salud?